



Fonte:

SALUTE INTERNAZIONALE.info

pubblicato su:

SSANI.A

Attenti al lupo



Gavino Maciocco

In Inghilterra e Galles nel 1999 una grave epidemia di meningite fu vinta con una vasta campagna vaccinale della durata di un anno che coinvolse oltre 12 milioni di bambini e ragazzi, raggiungendo livelli di copertura dell'85%. In Toscana il contrasto verso la meningite, che circola senza soste dagli inizi del 2015 con decine casi e diversi decessi, è andato avanti finora con lentezza, senza una strategia regionale, con livelli di copertura vaccinale insufficienti o irrisori. Ma forse le cose stanno cambiando. Speriamo. Attenti al lupo, anche per Zika che circola in America Latina. Ma non dimentichiamoci dello "Zika" che abbiamo in casa nostra.

In Inghilterra e Galles

Negli anni novanta ci fu in alcuni paesi europei (Inghilterra e Galles, Irlanda, Spagna e Grecia) e in Canada una recrudescenza di casi di meningite, in larga parte rappresentati da casi del sierogruppo C. **In Inghilterra e Galles l'incidenza dell'infezione meningococcica passò dal 2.8 x 100.000 abitanti dell'anno epidemiologico 1990/1991 al 5.3 x 100.00 del 1998/1999. Tale incremento fu collegato alla circolazione di un ceppo iper-virulento del sierogruppo C, denominato ST11 (lo stesso presente nell'attuale iper-endemia toscana), associato a una malattia particolarmente grave e con alto tasso di letalità^[1].**

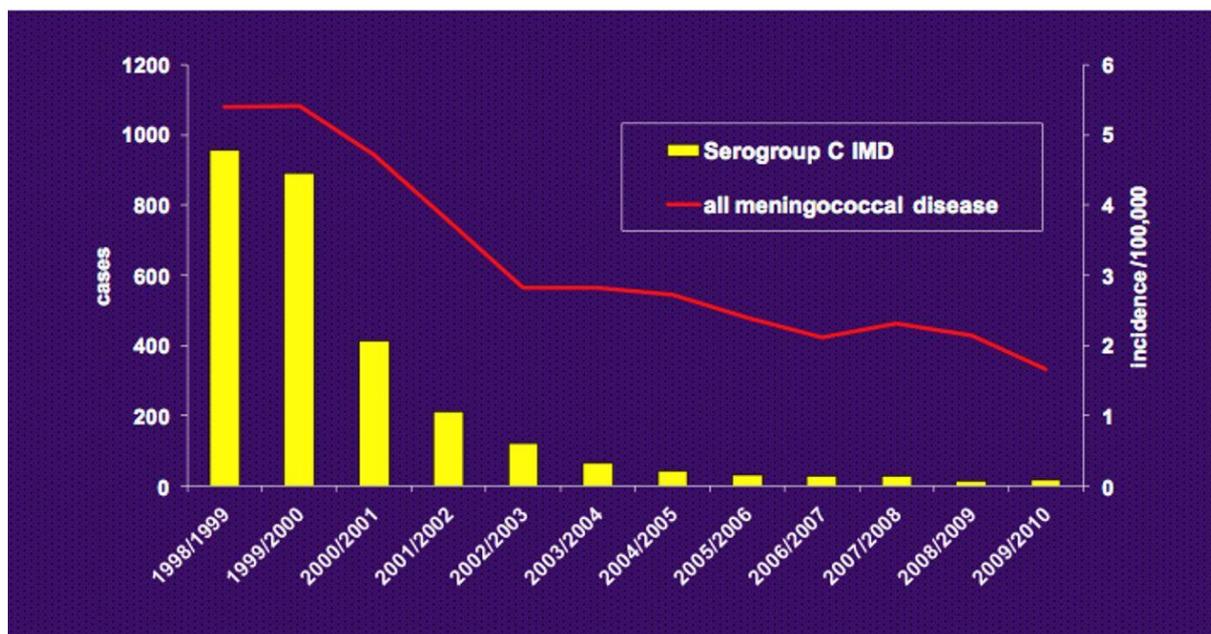
Nel settembre del 1999 nel Regno Unito fu (fortunatamente) disponibile il vaccino contro il meningococco C (MCC, *Meningococcal C Conjugate*) e ciò consentì di avviare immediatamente una vasta campagna vaccinale rivolta a tutti i soggetti da 0 a 17 anni, con il seguente schema: a) vaccinazione routinaria a tutti i nuovi nati con tre dosi di vaccino; b) offerta attiva a tutti i soggetti da 5 mesi a 17 anni, con una distinzione nel numero delle dosi: da 5 a 12 mesi, somministrazione di due dosi; oltre 12 mesi una dose.

La campagna prese il via il 1° novembre 1999, coinvolgendo oltre 12 milioni di bambini dell'Inghilterra e del Galles, e si concluse un anno dopo, alla fine di ottobre 2000. I bambini fino a 5 anni furono vaccinati dai medici di famiglia (*General Practitioners*), quelli da 5 a 17 anni furono vaccinati nelle scuole. La precedenza assoluta nelle vaccinazioni fu rivolta ai ragazzi di 15-17 anni, il gruppo più a rischio. L'anno successivo la vaccinazione fu estesa agli studenti universitari e successivamente il vaccino fu reso disponibile a tutti i soggetti fino a 25 anni.

Al termine della campagna fu raggiunto un tasso di copertura di almeno l'85% nella fascia di età 5-17 anni, dell'84% nei bambini di 1 anno e del 76% nel gruppo 2-5 anni. Nella vaccinazione routinaria dei nuovi nati si raggiunse il 93% di copertura.

La campagna vaccinale produsse una drastica, progressiva riduzione dei casi di meningite C (vedi Figura 1), ma – come ha scritto lo scorso 10 febbraio P.L. Lopalco nel post meningite in Toscana la speranza è nel gregge – l'evidenza più importante raccolta all'epoca fu la capacità del vaccino di prevenire lo stato di portatore, stimata intorno al 75%. L'impatto del vaccino è dunque sia diretto (protezione individuale dalla malattia) sia indiretto per via della immunità di gregge: la riduzione fino al 75% dei portatori asintomatici, infatti, porta benefici epidemiologici molto superiori producendo una riduzione generale della circolazione del batterio con conseguente protezione indiretta anche delle fasce di età non vaccinate. E infatti i casi di meningite C nelle fasce di età adulte non vaccinate passarono da 235 nel 1999/2000 ai 19 nel 2007/2008 e i decessi, nello stesso periodo, da 44 a 1.

Figura 1. Andamento epidemiologico della meningite C (barre gialle) e di tutte le forme di meningite (linea rossa). 1998/1999-2009/2010



Fonte: Mary Ramsay, *Hepatitis and Blood Safety Department HPA Centre for Infections*

[Cliccare sull'immagine per ingrandirla](#)

In Toscana

“Quarta morte per meningite in Toscana: diciassette casi dall’inizio dell’anno”. Così titolava la Repubblica il 18 aprile 2015. Alla fine dell’anno i casi saranno 38 (che interessano prevalentemente ragazzi e giovani adulti, ma includono anche persone di età avanzata), di cui 31 da ceppo C (negli ultimi dieci anni i casi di meningite C notificati in Toscana erano mediamente 3-4 l’anno: 5 nel 2008, 0 nel 2010), con 7 decessi. **38 casi di meningite sono un tasso dell’1 x 100.000 abitanti, un dato ben lontano dal 5.3 x 100.000 dell’Inghilterra e Galles del 1999, tuttavia l’impennata dei casi e la presenza in Toscana dello stesso ceppo iper-virulento ST11 suscita non poche preoccupazioni.** Parte quindi la vaccinazione con offerta attiva per i soggetti di età 11-20 anni, e raccomandata e resa gratuita anche per la fascia di età 21-45 anni.

La vaccinazione contro la meningite C inizia nell’aprile 2015 senza una strategia e una programmazione regionale: non si dà tra l’altro seguito alla raccomandazione dell’Istituto Superiore di Sanità di procedere all’indagine epidemiologica sulla prevalenza dei portatori sani, utile per un intervento vaccinale più mirato. La vaccinazione procede a rilento e la sollecitazione a vaccinarsi proviene soprattutto dalle notizie diffuse dai media quando si verifica un nuovo caso e un decesso: **temporanee e locali onde di panico creano picchi di domanda** che a loro volta producono un allungamento delle code per vaccinarsi, dato che l’offerta di vaccini è comunque debole e ciò costringe non poche persone a rivolgersi alle farmacie pagando di tasca propria il vaccino.

Il bilancio della campagna vaccinale a fine 2015 è stato assai deludente: al 31 dicembre risultavano effettuate in Toscana 120.272 vaccinazioni **nella fascia d’età 11-20 anni** per una popolazione di 314 mila soggetti, pari a una **copertura media regionale del 38,2%** e 109.101 vaccinazioni **nella fascia d’età 21-45 anni** per una popolazione di 1 milione e 143 mila soggetti, pari a una **copertura media regionale del 9,6%**. Rispetto alla media regionale i dati migliori provengono dall’ (ex) **Asl di Empoli** dove al 31.12.2015 il livello di copertura vaccinale nella fascia 11-20 anni era del 60% e nella fascia 21-45 anni del 26%.

I primi 50 giorni del 2016 registrano 14 nuovi casi (di cui 11 del tipo C) e 4 decessi (tutti tra persone anziane). L’accelerazione nella comparsa dei nuovi casi e di decessi e l’accentuarsi della loro frequenza nelle fasce di età più avanzate spinge la Regione ad allargare a tutta la popolazione dell’Asl Toscana Centro (l’area più colpita, che comprende le ex-Asl di Firenze, Prato, Pistoia e Empoli) la gratuità della vaccinazione per favorirne il più ampio accesso. La stessa delibera decide, con circa un anno di ritardo, l’avvio dell’indagine epidemiologica sulla prevalenza dei portatori sani. (In Risorse tutte le delibere della giunta regionale toscana riguardanti la campagna vaccinale).

Sembrerebbe l'avvio di un cambio di passo, di un più deciso impegno nella lotta contro la meningite C, come ha promesso il governatore Rossi: "Vaccineremo 1,5 milioni di toscani" (16.2.2016).

Per realizzare una vera svolta nella campagna vaccinale e renderla efficace è necessario agire su alcuni punti finora assai critici.

1. **L'informazione, la comunicazione e la sensibilizzazione dei cittadini. Finora al riguardo la Regione è stata totalmente e incomprensibilmente assente.** E ciò è tanto più grave in considerazione dell'allarme suscitato dalla diffusione dell'infezione, della necessità di fornire attraverso molteplici canali notizie dettagliate su una serie di aspetti: dalle modalità di trasmissione dell'infezione alle caratteristiche del vaccino. Tutto ciò riveste un'importanza vitale per il successo della campagna, data l'esistenza di fasce di opinione pubblica timorose, dubbiose, scettiche se non dichiaratamente ostili alle vaccinazioni.
2. **La Regione deve assumersi la responsabilità di definire le modalità tecniche dell'offerta attiva (fascia di età 11-20 anni) e non lasciare la scelta alle singole (ex) Asl.** Generalmente si è data un'interpretazione assai riduttiva di "offerta attiva", che si è risolta nell'invio di circolari nelle scuole che invitano gli alunni e le loro famiglie a rivolgersi al centro di prenotazione, al proprio pediatra o medico di famiglia. **Nel classico lessico di sanità pubblica "offerta attiva" significa l'invito personale a vaccinarsi, con il luogo, la data e l'ora della seduta vaccinale.** Ciò comporta l'attuazione di una procedura ben nota a chi si occupa di sanità pubblica: la definizione della popolazione target attraverso liste anagrafiche (nel caso specifico la popolazione 11-20 anni), l'invito personale con tutte le informazioni del caso, l'esecuzione della vaccinazione programmata, il controllo continuo del livello di copertura ottenuto dal rapporto tra il numero dei vaccinati e il numero della popolazione target, il richiamo dei non rispondenti, etc. Il luogo della scuola come sede di vaccinazione facilita enormemente l'operazione, ma l'approccio "proattivo" si può realizzare anche negli ambulatori dell'Asl, dei pediatri e dei medici di famiglia.
3. **La presenza di un unico database dove registrare le vaccinazioni qualsiasi sia l'attore che le effettua: Asl, pediatra o medico di famiglia. Questo strumento è in preparazione, ma ancora non c'è.** Attualmente Asl, pediatri e medici di famiglia registrano le vaccinazioni in tre diversi database che non comunicano tra loro e ciò rende complesse e inutilmente onerose le operazioni di trasmissione e raccolta dei dati, con lunghi ritardi e anche con perdita d'informazioni.

Accanto alle criticità vanno segnalati due aspetti decisamente positivi:

1. **Nessun "caso primario" ha prodotto "casi secondari", ovvero nessuna persona affetta da meningite ha fatto ammalare le persone con cui è venuta a contatto.** Ciò significa che ha funzionato egregiamente l'attività di profilassi attuata dai servizi di igiene pubblica nei confronti dei contatti.
2. **Dopo una fase iniziale di ritrosia da parte dei medici di famiglia nel partecipare alla campagna vaccinale, negli ultimi tempi la loro adesione è sempre più estesa e massiccia** e ciò rappresenta la condizione necessaria, ma non sufficiente, per il successo della campagna vaccinale.

Infatti non basta "vaccinare un milione e mezzo di toscani", come proclama il Governatore Rossi. **Giova ancora ricordare che la vaccinazione ha un duplice obiettivo: a) quello di proteggere individualmente le persone; b) quello di proteggere l'intera comunità, anche i soggetti non vaccinati, riducendo o annullando la circolazione del batterio (immunità di gregge).** Se non si raggiunge un'elevata copertura (almeno l'80%) nella fascia di popolazione dove circola maggiormente il batterio non si ottiene l'immunità di gregge. Per la meningite questa fascia è stata individuata nell'età 11-20 anni, sulla base di dati storici e di letteratura. L'indagine epidemiologica sui portatori sani probabilmente ci offrirà dati per la definizione di una nuova fascia su cui concentrare l'impegno della campagna vaccinale e l'offerta attiva, perché come ha scritto P.L. Lopalco la "nostra speranza è nel gregge". Del resto in Inghilterra e Galles per azzerare i casi di meningite C, anche tra gli adulti, hanno vaccinato solo (si fa per dire) 12 milioni di bambini e ragazzi e non l'intera popolazione di 50 milioni di abitanti.

Il nostro Zika

L'ultima minaccia alla salute globale, fortemente rilanciata dai media, è l'infezione da Zika virus(vedi [post zika virus: il punto su una nuova epidemia](#)). La maggiore preoccupazione è concentrata sulla possibilità che l'infezione virale contratta nel corso della gravidanza possa produrre gravi malformazioni sul feto. I media ne hanno parlato per giorni, sottolineando i rischi per le italiane che si recano nelle aree endemiche. Giusto. **Ma nessuna parla dello Zika che abbiano in casa e che produce decine di casi di neonati portatori di gravi malformazioni. Ci riferiamo alla rosolia congenita:** nel periodo gennaio 2005-agosto 2015 ne sono stati segnalati 77 casi, di cui 70 confermati e 7 probabili (**Figura 2** – vedi anche Risorse). Le più comuni e gravi manifestazioni della rosolia congenita sono i difetti della vista, la sordità, le malformazioni cardiache e il ritardo mentale. Se l'infezione avviene nel primo trimestre di gravidanza, il rischio stimato di conseguenze al feto è fino al 90%. Forse non è inutile ricordare che la rosolia è una

malattia virale contagiosa, prevenibile con la vaccinazione e che una donna vaccinata contro la rosolia eviterà che in caso di gravidanza ci sia il rischio della nascita di un figlio affetto da rosolia congenita.

Figura 2. Casi di Rosolia congenita per Regione. Anni 2005-2013

Tabella 1. Casi di Rosolia congenita per Regione/P.A. 2005-2013

Regione	N. casi
Piemonte	6
Lombardia	4
Veneto	2
Emilia Romagna	2
Toscana	2
Lazio	7
Campania	42
Puglia	2
Calabria	3
Sicilia	5
Sardegna	3
Totale	78

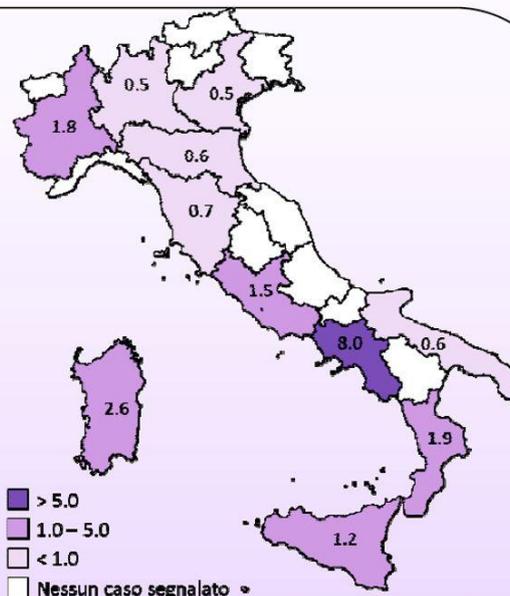


Figura 4. Incidenza di Rosolia congenita per 100.000 nati vivi per Regione/P.A. 2005-2013

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Risorse

- Delibere Giunta Regionale toscana sulla compagna vaccinale contro la meningite**
[Delibera n.367 del 30-03-2015](#)
[Delibera n-1.85 del 16-02-2016](#)
[Delibera n-1.85 del 16-02-2016 Allegato-1-1](#)
[Delibera n.85 del 16-02-2016 Allegato-2](#)
[Delibera n-1.571 del 27-04-2015](#)
[Delibera n-1.571 del 27-04-2015 Allegato-1](#)
[Delibera n-1.571 del 27-04-2015 Allegato-2](#)
[Delibera n-1.571 del 27-04-2015 Allegato-3](#)
- Rapporto sulla sorveglianza della Rosolia congenita e in gravidanza**[PDF: 974 Kb]

Bibliografia

Campbell H, Borrow R, Salisbury D, Miller E. Meningococcal C conjugate vaccine: the experience in England and Wales. *Vaccine* 2009; 27 Suppl 2:B20-9.